

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

Le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le Jeudi 24 Janvier 1901, à 1 heure

PAR

Victor ROQUETANIÈRE

Né à Ytrac (Cantal) le 17 mai 1875

PRONOSTIC ET TRAITEMENT
DE
LA VOMIQUE
DANS LES

Pleurésies purulentes à Pneumocoques

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. MATHIAS-DUVAL, professeur.
RETTERER et CHARRIN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

ANCIENNE MAISON JOUVE

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N° —

184

POUR

Le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le Jeudi 24 Janvier 1901, à 1 heure

PAR

Victor ROQUETANIÈRE

Né à Ytrac (Cantal) le 17 mai 1875

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

DE

LA VOMIQUE

DANS LES

Pleurésies purulentes à Pneumocoques

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. MATHIAS-DUVAL, professeur.

RETTERER et CHARRIN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

ANCIENNE MAISON JOUVE

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux ..	BERGER
	DUPLAY
Clinique chirurgicale	LEDENTU
	TILLAX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉ	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MÉRY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques

M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A MES PARENTS

A MES AMIS

À MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Médecin de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE DOCTEUR TALAMON

Médecin de l'Hôpital Bichat

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHELOT

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAIRE

Accoucheur à l'Hôpital Lariboisière

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Avant-Propos

Les récentes découvertes bactériologiques ont définitivement expliqué les différences si tranchées qui existent entre les diverses formes de pleurésies purulentes, et le pronostic de ces dernières, livré jusqu'alors à la plus grande incertitude, s'est trouvé, de ce fait, singulièrement éclairé. On ne parle plus maintenant de pleurésie purulente, on décrit des pleurésies purulentes, chacune d'elles formant une entité morbide distincte, non seulement par ses symptômes depuis longtemps connus, mais encore et surtout par la variété du microorganisme particulier qui lui a donné exclusivement naissance. De sorte que nous connaissons aujourd'hui la pleurésie purulente à streptocoques, la pleurésie purulente à pneumocoques, la pleurésie purulente à staphylocoques, etc., et que de la connaissance de l'agent microbien spécial à chacune, nous pouvons d'une façon générale en calculer assez approximativement la marche, en déduire assez exactement le pronostic, instituer le traitement le plus rationnel.

C'est ainsi, que, sachant la bénignité relative du pneumocoque, sa vitalité précaire, sa durée essentiellement limitée, on a été amené à conclure à la bénignité relative de la pleurésie purulente pneumococcique. Celle-ci, en effet, qu'elle soit para ou post-pneumonique, qu'elle soit ou paraisse être primitive, peu importe, présente un certain nombre de caractères qui la rendent de beaucoup la moins redoutable et la plus facilement curable. Qu'elle soit généralisée à la grande cavité pleurale, ce qui est rare, qu'elle soit enkystée ou interlobaire, ce qui est la règle, on l'a vue quelquefois se résorber spontanément, d'autres fois guérir radicalement à l'aide de la simple thoracentèse, souvent s'ouvrir à l'extérieur par le mécanisme de la vomique.

C'est de cette dernière terminaison, très fréquente, puisque M. Netter l'a rencontrée dans la proportion de 26,2 pour 100, que nous voulons nous occuper spécialement.

Il est certain que dans un grand nombre de cas, la vomique peut être considérée comme un  v nement heureux ; elle l'était surtout à une époque où les interventions chirurgicales les plus insignifiantes, dans l'ignorance où l'on était des méthodes aseptique et antiseptique, donnaient les résultats les plus déplorables ; et il ne faut pas s'étonner du procédé de ce contemporain d'Hippocrate, peut-être Hippocrate lui-même en quelques circonstances, qui secouait

violemment ses malades atteints d'empyème, dans l'espoir d'amener, par rupture, la vomique providentielle. Les chirurgiens de l'époque laissaient le pas à la *natura medicans* : c'était faire preuve de sagesse.

Aujourd'hui, nous voyons souvent la vomique amener rapidement des guérisons radicales de pleurésies purulentes, et nous devons lui en être d'autant plus reconnaissants, qu'elle a été encore notre seul moyen de diagnostic dans les cas si fréquents où la pleurésie interlobaire ne se révélait par aucun signe stéthoscopique.

Toutefois, cette question de diagnostic mise à part, nous pensons qu'on ne saurait trop se méfier de la vomique, et qu'on s'exposerait aux plus fâcheux déboires si on comptait sur les promesses qu'elle semble quelquefois vouloir tenir. Sans énumérer les cas, et ils sont nombreux, où la vomique n'a même pas laissé présager de bons effets, il en est d'autres, — et ils ne sont pas rares, — où l'amélioration ne s'est pas maintenue, et où le malade, se cachectisant par le fait d'une suppuration prolongée, perdant ses forces de jour en jour, ne devait son salut qu'à une intervention chirurgicale trop tardive, et dont les conséquences apparaissaient moins sûres à mesure que les indications s'en faisaient plus pressantes.

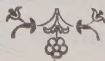
Il en est d'autres, enfin, et c'est sur ceux-là que nous insistons plus particulièrement, où la vomique, après avoir évolué en toute franchise, après avoir

amené le silence pleural le plus absolu, n'a pas été radicalement curative, et où tous les accidents se sont reproduits au bout d'un temps plus ou moins long, avec une aggravation plus ou moins considérable, alors que la guérison avait été considérée comme certaine.

M. le Dr Sergent, assistant de M. Gaucher à l'hôpital Saint-Antoine, a publié au mois d'août dernier un cas de ce genre, et son observation recueillie avec soin, très détaillée et longtemps suivie, présente le plus grand intérêt. C'est sur ses indications que nous avons recherché quelques autres cas se rapprochant du sien ; nous en avons trouvé quelques-uns dans la littérature médicale, et nous les avons groupés pour donner corps à ce travail modeste pour lequel nous demandons toute l'indulgence de nos juges.

M. le Dr Sergent nous en a fourni l'esprit, quelquefois la lettre ; pour ses conseils si éclairés et si bienveillants, nous le prions d'agréer nos plus chaleureux remerciements.

M. le Professeur Debove a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous lui sommes très reconnaissant de l'honneur qu'il nous a fait.



Historique

Les auteurs anciens connaissaient bien le phénomène de la vomique : c'était un fait d'observation qui ne pouvait pas leur avoir échappé et ils nous en ont laissé d'excellentes descriptions. Hippocrate, attachant à ce mot un sens un peu différent du nôtre considérait les vomiques comme des abcès du poumon qui pouvaient s'ouvrir dans les bronches ou dans la cavité de la plèvre. Il décrivait et pratiquait l'opération de l'empyème, et émettait cet aphorisme : « Ceux qui sont affectés d'empyème à la suite d'une pleurésie guérissent, si la poitrine se purge dans les 40 jours à partir de celui de la rupture, sinon ils tournent à la phthisie. »

Les successeurs d'Hippocrate ne surent pas mieux que lui établir la différence entre l'inflammation du poumon et celle de la plèvre, et cette confusion se rencontre encore au XVIII^e siècle, dans les œuvres de Pinel.

C'est en 1810, que Bayle établit définitivement

l'histoire de la pleurésie purulente. Il démontra, avec observations à l'appui, qu'un grand nombre de vomiques n'avaient pas d'autre origine. « On a pu croire, dit-il, qu'un poumon avait été totalement détruit par la suppuration ou qu'il était profondément ulcéré, quoique ce viscère fût sans ulcération et dans une parfaite intégrité. »

Cependant, les auteurs continuaient à rapporter aux abcès du poumon la grande majorité des vomiques, et se gardaient dans ces cas de toute intervention : « L'opération du pyothorax, disait Corvisart, procure rarement même un soulagement éphémère, et elle hâte toujours la mort du malade. »

Il ne fallait rien moins que l'autorité et l'immortelle découverte de Laënnec pour réfuter ces erreurs et battre en brèche ces préventions. Celui-ci affirma la rareté des abcès pulmonaires, reconnut des pleurésies partielles, les ponctionna, et soutint que « l'opération de l'empyème deviendrait plus commune et plus utile à mesure que l'usage de l'auscultation se répandrait ».

Cayol, imitant Bayle et Laënnec, démontre qu'un grand nombre de vomiques proviennent de l'ouverture dans les bronches de pleurésies interlobaires, et trouve que dans ces cas-là la nature a bien disposé toutes choses pour rendre au malade la santé.

Cette tendance presque générale, malgré les idées de Laënnec, à reconnaître les bons effets de la nature

et à s'abandonner à elle, puisait sa source dans les mauvais résultats qu'avaient donnés les interventions chirurgicales, et, longtemps encore, les chirurgiens devaient rester timides. Dupuytren, atteint d'empyème, répondait à ses collègues réunis autour de lui en consultation, qu'il aimait mieux mourir de la main de Dieu que de celle des chirurgiens, et de longues années après, Nélaton, la veille du jour où il devait opérer Dolbeau, se rendit à l'Ecole Pratique, pour répéter l'opération sur le cadavre.

Chomel (Art. Pleurésie du Dictionnaire en 30 vol.) considère la vomique comme un excellent moyen de diagnostic dans les cas où la percussion et l'auscultation sont insuffisantes, mais il fait sur le pronostic les plus expresses réserves. « Lorsque le pus s'est fait jour au-dehors, le sort des malades n'est pas jugé pour cela. Les uns guérissent après un temps plus ou moins long ; les autres meurent quelquefois très vite ; quelques-uns même périssent suffoqués, au moment où le pus est versé en abondance dans les bronches. Il est très difficile, au moment où le pus se fait ainsi jour dans ces conduits, de déterminer quelle sera l'issue de la maladie. »

De 1870 à 1875 s'ouvre une période nouvelle. En même temps que la découverte des méthodes antiseptiques offre aux opérateurs des garanties exceptionnelles de succès, Woillez, le premier décrit les pneumo-pleurésies ; il reconnaît que les pleurésies consécu-

tives à la pneumonie sont presque toujours purulentes, et tout en proclamant leur gravité, il se montre indulgent pour la vomique : « Il est des complications qui ne s'opposent pas à la guérison ; bien plus, il en est qui la favorisent. Telle est la perforation pleuro-pulmonaire dans les pleurésies purulentes ; elle assure la guérison quand l'écoulement du pus par les bronches est facile et suffisamment prolongé. »

Dès lors, tous les auteurs font une place à part aux pleurésies post-pneumoniques ; le plus grand nombre insistent sur leur bénignité et sur leur tendance à se terminer heureusement par vomique. Steiger, de Lucerne, cite 21 cas d'empyème guéris de cette manière, alors que 6 autres malades traités par l'incision succombèrent. Aussi, reste-t il convaincu que « le mode de guérison naturelle pour l'empyème est la vomique, comme la résolution pour la pneumonie » et il conseille de laisser à la nature toute initiative.

En 1881, Gerhardt, dans sa communication au Congrès de Würzburg, crée le terme de *métapneumonique* pour l'appliquer aux pleurésies consécutives à la pneumonie. Comme Steiger, de Lucerne, comme Reisz, de Copenhague, il reconnaît dans ces cas l'influence heureuse de la vomique, et se demande s'il ne faut pas se croiser les bras en présence de pareils malades.

En 1883, Guillon, dans sa thèse, inspirée par M. Netter, présente plusieurs observations de pleurésies

purulentes métapneumoniques guéries par vomique, et termine par les mêmes conclusions que les précédents.

La découverte du pneumocoque, et les travaux de M. Netter éclairèrent la question d'un jour tout nouveau, et la bénignité de la pleurésie métapneumonique, jusque-là inexpiquée, fut enfin rapportée à sa véritable cause.

Dans la séance du 11 juillet 1889 de la Société Médicale des Hôpitaux, M. Netter exposait le résultat de ses longues recherches. Il soutenait l'origine pneumococcique des pleurésies purulentes métapneumoniques, mais il affirmait en outre, que certaines pleurésies à pneumocoques pouvaient être primitives, c'est-à-dire indépendantes de toute pneumonie. Il déterminait les caractères de ces pleurésies, leur tendance à l'enkystement et à la vomique, leur bénignité relative, et montrait que ces caractères étaient fonction du pneumocoque. Il concluait, vu le peu de virulence de ce microorganisme, que les épanchements auxquels il donnait naissance devaient guérir spontanément, par résorption ou par vomique, ou par simple thoracentèse. Il rejetait la pleurotomie pratiquée d'emblée.

Enfin, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, au mois de novembre 1899, M. le Professeur Dieulafoy, faisait une description magistrale de la pleurésie purulente interlobaire. Tout en reconnaissant que la vo-

mique, terminaison fréquente de ces pleurésies, avait procuré des guérisons radicales, il conseillait de se tenir en face d'elle en état d'expectation armée, et d'opérer à la moindre alerte. Voici le dernier article de ses conclusions: « En évacuant le foyer infectieux, la vomique peut provoquer la guérison spontanée de la pleurésie interlobaire. Mais si la fièvre et les symptômes d'infection persistent malgré l'évacuation du foyer (évacuation insuffisante), le traitement médical doit être abandonné, il ne sert qu'à faire perdre un temps précieux ; il faut sans tarder, s'adresser à l'intervention chirurgicale. »



Terminaison. — Pronostic

Il est donc établi, d'une façon définitive, que, de toutes les pleurésies purulentes, la pleurésie à pneumocoques est celle qui comporte le pronostic le moins grave, et tous les auteurs sont unanimes à signaler sa tendance à la guérison spontanée.

Cette guérison spontanée peut s'opérer par résorption de l'épanchement : Netter, Israël, Engster, Desplats en ont rapporté des exemples d'une précision indiscutable. D'ailleurs, nous n'avons pas à nous en occuper ici, pas plus que de la terminaison par fistule pleuro-thoracique.

Beaucoup plus fréquente est la terminaison par vomique. On l'observe environ dans un quart des cas, exactement dans la proportion de 26,2 pour 100, d'après la statistique de Netter en 1889 ; et il est devenu banal de dire que toute collection pleurale purulente à pneumocoques, surtout si cette collection est enkystée dans les espaces interlobaires, a les plus grandes chances de s'ouvrir dans les bronches, si elle est abandonnée à elle-même.

Nous laisserons de côté tout ce qui concerne le mécanisme de cette perforation pleuro-pulmonaire, sa date d'apparition, ses caractères anatomo-pathologiques, toutes choses fort bien décrites ailleurs, pour nous occuper exclusivement du pronostic qu'elle comporte.

Comme disait Chomel, parce qu'une vomique vient de se produire, le sort des malades n'est pas jugé pour cela. Nous avons rapporté dans notre historique, nécessairement succinct et incomplet, l'opinion d'un grand nombre d'auteurs, et la plupart reconnaissent que si la vomique procure souvent de bons effets, elle s'accompagne quelquefois des désordres les plus graves.

Généralement, pour ne pas dire toujours, la vomique apporte au malade un soulagement immédiat ; la fièvre tombe, la dyspnée s'amende, l'état général se relève d'une façon manifeste. Dans beaucoup de cas, ces progrès ne font que s'accentuer les jours suivants ; la sécrétion purulente se tarit, la cavité pleurale se referme, et au bout de quelques semaines, le malade est définitivement et radicalement guéri et à l'abri de tous accidents ultérieurs.

Mais il arrive aussi que l'amélioration pleine de promesses du début, ne dure qu'un moment. Bientôt la fièvre se rallume, les quintes de toux reparaissent de plus en plus violentes ; l'expectoration est abondante, les sueurs profuses, le malade se cachectise de

jour en jour, et la terminaison fatale deviendrait rapidement imminente, si l'intervention chirurgicale ne venait apporter ses immenses chances de salut.

D'autres fois, les évènements suivent une marche moins précipitée, et c'est alors que le praticien doit se montrer perspicace. A la suite de la vomique, l'amélioration se produit ; sans être rapide, elle paraît cependant être continue, se manifestant surtout dans l'état général. Les forces renaissent, l'appétit reparait, la température, à part peut-être quelques légères ascensions vespérales, retombe à la normale. Cependant, l'état local varie peu, et l'expectoration conserve ses mêmes caractères, ou tourne même à la fétidité. Le malade et le médecin conservent leurs illusions et on temporise. Mais il arrive un moment où cette marche insensiblement ascendante vers le progrès s'arrête ; le malade, infecté et intoxiqué à petite doses, ne peut plus lutter, et dès lors il est perdu s'il reste livré à ses propres forces. La fièvre revient, l'amaigrissement s'accroît ; les doigts deviennent hippocratiques ; on relève des signes de sclérose pulmonaire, quelquefois même de tuberculose. Si on laisse les choses évoluer jusque-là, l'opération chirurgicale elle-même ne peut donner que des résultats problématiques.

Les trois observations suivantes, reproduisent à peu près cette marche clinique :

Observations

OBSERVATION I (In these de Robert. Paris, 1881)

Pleuro-pneumonie gauche. — Pleurésie purulente à la suite.
— Thoracentèse. — Reproduction du liquide. — Vomique.
— Persistance de la fistule sans pneumothorax. — Influence de la position sur l'écoulement du pus. — Tuberculose péritonéale consécutive. — Mort.

Résumé. — Pierron (Jean-Pierre), 46 ans, potier, entre à Cochin le 20 janvier 1880, dans le service de M. le Dr Bucquoy.

Le 2 janvier, il avait été pris d'un point de côté et de toux sans expectoration. Il continua à travailler jusqu'au 18 janvier. Le 20, il fut forcé d'entrer à l'hôpital.

A son entrée, facies inflammatoire, fièvre assez vive (39°2).

Du côté gauche, en arrière, matité dans le 1/3 inférieur; tout à fait en bas, silence respiratoire; souffle doux au-dessus; pas de vibrations au niveau du silence. Œgophonie faible. Rien à droite qu'un peu de respiration supplémentaire.

Sur cette pleurésie, vient se greffer une pneumonie qui entre en résolution le 17 février.

20 février. — La résolution de la pneumonie est terminée, mais il persiste de la matité avec faiblesse respiratoire, et souffle dans une notable étendue du côté gauche, en arrière et jusque dans l'aisselle.

1^{er} mars. — Aggravation des signes physiques ; silence jusqu'à la pointe de l'omoplate, souffle dans la fosse sous-épineuse.

4 mars. — L'appétit est conservé, mais la température s'élève le soir au-dessus de 38°. Pas de frissons.

10 mars. — Diarrhée. Infiltration œdémateuse péri-maléolaire.

Le 19. — Immobilité absolue des six ou huit derniers espaces intercostaux gauches ; le cœur est un peu déplacé. Le kyste pseudo-pleural paraît siéger sur les confins des régions axillaire et postérieure, là où la matité et le silence sont absolus sans vibrations vocales.

Le 22, quelques petits frissons le soir.

Le 26, ponction dans le 7^e espace, un peu en arrière de la ligne axillaire : 2,800 gr. de pus.

Quintes de toux. douleurs thoraciques. Dans l'après-midi, bien-être sensible.

29 mars. Frottements en avant dans toute la hauteur. L'amélioration continue.

2 avril. — Les signes physiques ont reparu, quoique atténués, dans les mêmes régions.

4 avril. — A une heure de l'après-midi, le malade est pris d'une quinte de toux plus violente que d'ordinaire, et rend un liquide jaune rougeâtre, évidemment purulent.

5 avril. — Après-midi, le malade, en allant à la garde-robe, est pris d'une quinte pendant les efforts, et rend coup sur coup, avec facilité 10 à 12 crachats composés d'un pus fade, presque pur, couleur purée de pois.

6 avril. — Même expectoration. L'état général reste bon. En avant, dans l'aisselle, le champ respiratoire s'est étendu. La fistule siège peut-être en avant de l'aisselle, car on entend un peu au-dessus et en dehors du mamelon un souffle à timbre creux, mêlé de râles de gargouillement. Rien de pareil ne s'entendait avant la vomique.

20 avril. — L'état général s'est beaucoup amélioré, les forces reviennent. L'état local est à peu de chose près le même. Pas de bruits amphoriques, pas de pneumothorax.

8 mai. — Le malade toussé davantage depuis quelques jours. L'appétit diminue. Les sueurs ont reparu. A l'auscultation, râles ronflants et sibilants dans toute l'étendue des poumons, à droite surtout; 2 grammes d'ipéca.

Du 9 au 23. — L'état général s'est un peu amendé, il semble que la bronchite se localise au sommet droit, et l'on suspecte la tuberculose. Au devant de la région axillaire, on n'entend plus le souffle et les râles sous-crépitants qu'en faisant tousser le malade, pour annoncer en quelque sorte la fistule. L'expectoration a beaucoup diminué. Pas de fièvre le soir.

7 juin. — Le sommet droit semble tout à fait dégagé; l'état général est décidément en progrès; le champ respiratoire s'est étendu.

Le malade part à Vincennes, en convalescence.

Le 5 août. — Pierron sollicite de nouveau son admission à l'hôpital.

Il a passé dix-sept jours à Vincennes, et en quittant l'asile il expectorait davantage qu'à l'entrée, quoique l'état général fut toujours bon. Le pus était toujours sans odeur.

Il rentre chez lui, mais il est incapable de travailler. Presque toutes les nuits, il est réveillé par des quintes entre minuit et deux heures, et ne peut se rendormir que quand l'expectoration a eu lieu. Lui-même a remarqué qu'en s'allongeant sur le côté droit, il rendait presque aussitôt, et sans effort un demi-crachoir de pus.

Peu de sommeil, peu d'appétit. Diarrhée. Pas de frissons. Léger œdème malléolaire le soir. Vibrations vocales abolies dans le tiers inférieur, affaiblies au-dessus. Matité absolue dans la même étendue. C'est toujours latéralement dans l'aisselle que les signes prédominent. Le kyste pseudo-pleurale persiste sans grandes modifications depuis le départ du malade il y a deux mois.

Pas le moindre signe au sommet.

Le décubitus latéral droit exerce sur l'écoulement du pus une grande influence.

25 septembre. — L'état du malade s'est modifié du tout au tout. Amaigrissement extrême, œdème péri-malléolaire persistant. Nul appétit, diarrhée profuse, quelques vomissements en toussant. Le ventre a pris un développement considérable, uniformément météorisé sans matité nulle part. Une péritonite tuberculeuse ne fait pas de doute; cependant le sommet droit ne présente toujours pas de signes évidents.

Fièvre hectique; frissons et sueurs la nuit.

5 octobre. — Mort.

Autopsie. — Faite le lendemain à 11 heures.

On trouve dans la plèvre gauche un vaste kyste purulent, commençant sur les confins de la région axillaire en avant, s'étendant en arrière jusqu'auprès de la colonne vertébrale. Partout, dans l'étendue de ce kyste, les parois sont tapissées d'une membrane pyogénique, pultacée, gris jaunâtre, très adhérente dans la plus grande partie de son étendue.

Sur une section de la plèvre, on trouve, au-dessous de cette membrane, une couche fibroïde épaisse de plusieurs millimètres, et qui envoie dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire des tractus scléreux qui l'emprisonnent, surtout dans les parties inférieures.

Dans la partie moyenne du septième espace intercostal, existe un pertuis conduisant dans le kyste pleural.

Quant à la fistule pleuro-bronchique, on a pu la trouver dans les parois du foyer, au niveau du troisième espace intercostal gauche ; son trajet est très oblique.

Absence absolue de toutes lésions tuberculeuses anciennes ou récentes dans le poumon gauche, comme dans le poumon droit ; mais on trouve sur la plèvre droite les lésions de pleurésie sèche et un piqueté hémorragique, avec de petites granulations tuberculeuses, surtout à la base.

Le péritoine est criblé de granulations grises.

OBSERVATION II. (In thèse de Martinez Meza. Paris, 1879).

Pleurésie purulente interlobulaire. — Vomique. — Guérison apparente. — Nouvelle vomique. — Mort.

X..., âgé de 35 ans, boutonnier, entre le 6 avril 1877, à l'hôpital Temporaire, dans le service de M. Dieulafoy. Il

raconte qu'à la fin de juillet 1876, il fut soigné à Lariboisière pendant six semaines pour une bronchite. A sa sortie de l'hôpital, il n'était pas rétabli, il toussait encore et crachait beaucoup. Il reprit néanmoins son travail, mais ses forces diminuant, il entra à l'hôpital Temporaire le 13 novembre 1876, dans le service de M. Lépine ; il avait de la fièvre le soir et transpirait abondamment : l'oppression avait augmenté.

Au bout de deux ou trois jours, il rendit subitement deux ou trois crachoirs d'un pus fétide, et fut soulagé.

Il sortit de l'hôpital le 12 février. A ce moment-là, il crachait encore du pus, mais il était moins faible, avait une expectoration et une haleine moins fétides. Il se crut assez fort pour reprendre son travail, et put en effet gagner sa vie jusqu'au mois de juillet.

A cette époque, il fut repris de frissons, de fièvre le soir et de dyspnée.

Le 6 août, il ressentit dans le côté gauche une vive douleur, et ne pouvant plus travailler, il se décida à rentrer une seconde fois à l'hôpital Temporaire.

Le 6 août, lorsqu'on l'examina, il avait une dyspnée intense, il toussait fréquemment, et avait rempli un crachoir de pus. A la percussion de la poitrine, on reconnaissait une zone de matité au-dessous de l'épine de l'omoplate ; au-dessus et au-dessous la sonorité semblait exagérée. L'auscultation révélait la présence de signes cavitaires. Le poumon droit semblait sain.

M. Dieulafoy, se basant sur les antécédents fournis par le malade, et sur les symptômes qu'il observait, porta le diagnostic de pleurésie purulente interlobaire, datant probable-

ment du mois de juillet 1876, ayant déterminé une vomique au mois de novembre, et présentant à l'heure actuelle une poussée inflammatoire avec formation de pus en assez grande quantité et rejet de ce liquide dès que la caverne pleurale était remplie.

Traitement. — Ventouses sèches. Capsules de thérébenthine.

10 août. — Nouvelle vomique.

45 août. — On continue le traitement : térébenthine à haute dose ; néanmoins l'expectoration est considérable et l'amaigrissement rapide.

Vers la fin du mois, M. Dieulafoy ponctionne la zone mat^e avec l'aiguille n° 2 de son appareil et il injecte dans la cavité un liquide coloré ; le malade est pris d'une quinte de toux et rejette le liquide introduit dans sa poitrine.

10 septembre. — On place un trois-quart à demeure dans la poche purulente, et tout les jours on injecte par ce tube assez volumineux de l'eau alcoolisée. Ces injections provoquent une toux spasmodique, et donnent au malade une sueur d'alcool.

Le 15. — Les crachats sont moins abondants.

Le 25 — Le trois-quart est retiré. Le malade est abattu, la plaie très douloureuse.

Le 27. — On ne fait plus de lavage ; la cachexie augmente de jour en jour.

La diarrhée survient bientôt, la température s'élève, l'état général devient de plus en plus mauvais, et la mort arrive dans les premiers jours d'octobre.

Autopsie. — Faite à la hâte et d'une façon incomplète ; elle démontra l'exactitude du diagnostic. La cavité pleurale

du côté gauche était oblitérée dans presque toute son étendue ; vers la partie moyenne du poumon, on trouvait une cavité du volume d'un œuf de poule à parois épaisses et dures, remplies de pus. Deux ou trois autres cavités plus petites étaient disposées autour de l'excavation principale ; elles étaient assez régulières et contenaient du muco-pus, on s'assura qu'elles étaient formées par des dilatations.

Ces dilatations étaient creusées au centre d'un parenchyme fibreux et lardacé ; la pleurésie interlobaire avait donc déterminé à la longue un travail de sclérose pulmonaire, lequel avait amené la dilatation ampul-laire de quelques tuyaux bronchiques.

Pas de tubercules. Rien de remarquable dans le poumon droit.

OBSERVATION III. — (Thèse de Baumevieille, Lyon 1890)

Pneumonie. — Pleurésie purulente consécutive. — Thoracentèse. — Vomiques. — Pas d'amélioration

X..., âgé de 23 ans, contracte en février 1899, une broncho-pneumonie droite dont il guérit.

Le 3 avril, il rentre à l'hôpital du Val-de-Grâce pour une pleuro-pneumonie droite. Crachats rouillés à pneumocoques nombreux ; peu de streptocoques.

11 avril. — Chute de la température ; résolution incomplète ; un peu de fièvre le soir.

23 avril. — Elévation de la température. Signes d'épanchement.

6 mai. — Ponction ; pus à pneumocoques purs.

9 mai. — Vomique.

12 mai. — L'épanchement se reproduit. Ponction : 50 grammes de pus à pneumocoques purs. Injection de 9 cent. cubes d'une solution de naphтол B. Amélioration de l'état général.

Le malade refusa la thoracentèse.

22 mai. — Ponction : 100 grammes de pus ; injection de 9 cent. cubes de solution.

15 mai. — Ponction : 150 grammes ; injection.

3 juin. — Ponction : 300 grammes ; 12 grammes d'injection. L'état du malade est satisfaisant, mais la suppuration augmente.

Le pus des cinq ponctions ne contenait que des pneumocoques.

Cette observation n'a pas été suivie plus longtemps, mais il nous semble que l'opération de l'empyème était indiquée, et que le malade perdait chaque jour le bénéfice de l'intervention.

Dans l'observation suivante, le malade courait à une mort presque certaine, si le chirurgien n'était intervenu :

OBSERVATION IV (In these de Laurent. Paris, 1877)

T..., soldat, 23 ans, entre au Val-de-Grâce, le 23 août 1874.

A son entrée, point de côté à droite, et dyspnée considérable ; face cyanosée, fièvre vive.

24 août. — Souffle tubaire à la base droite ; râles crépitants.

25 août. — Crachats rouillés. Dans toute l'étendue du côté droit, en arrière, matité, souffle tubaire, râles crépitants.

28 août. — Les crachats disparaissent. Râles de retour à la partie supérieure du poumon droit. Matité en bas.

1^{er} septembre. — Bruit skodique. Absence de vibrations ; œgophonie, dyspnée, fièvre hectique.

A la fin septembre, une ponction ramène quelques grammes de pus. Le malade refuse l'empyème.

Octobre. — Au mois d'octobre, vomique : plusieurs crachoirs de pus.

Novembre. — Une fistule s'établit au niveau de la ponction. Pendant tout l'hiver l'état du malade ne se modifie pas ; l'expectoration purulente continue. Dyspnée.

Juillet 1875. — Opération de l'empyème. A partir de ce moment, l'état s'améliore rapidement.

Au mois de septembre, le malade quitte le Val-de-Grâce.

Voilà quelques observations, et nous pourrions en citer d'autres, qui assombrissent considérablement le pronostic de la vomique. Aussi, s'est-on habitué à ne

pas trop compter sur elle, et à lui demander, avant de lui accorder toute confiance, un certain nombre de garanties. « Il faut qu'avec son apparition coïncide la disparition des différents symptômes présentés par le malade; il faut que la fièvre tombe, que les phénomènes infectieux s'éteignent, que la dyspnée et la douleur thoracique s'apaisent; que les signes fournis par la pseudo-caverne se taisent, en même temps que se tarisse l'expectoration.

« Que si l'ensemble de ces phénomènes critiques s'affirme en toute franchise, que si aucun retour offensif ne survient dans un délai de quelques semaines, et que la guérison puisse être considérée comme définitive, on est autorisé à penser que la vomique a joué le rôle de cure radicale. » (Sergent, *loc. cit.*). Or, M. Sergent pense que nos exigences ne sont pas encore assez grandes. D'après lui, la vomique est un accident qui préside assez souvent au diagnostic, mais rarement à la guérison. Il l'accuse même de faire quelquefois œuvre néfaste, en imposant par sa franchise apparente, et en laissant croire à une guérison radicale, « alors qu'elle n'a produit qu'une accalmie trompeuse et plus ou moins durable. »

Ce pessimisme se base sur une observation recueillie par M. Sergent à l'hôpital Saint-Antoine, publiée par lui dans la *Presse Médicale* du 22 août 1900, et que nous reproduisons in extenso avec la note qui la précède :

OBSERVATION V

(Cette observation me paraît avoir une portée très significative, parce que j'ai suivi la malade depuis le début jusqu'à la fin des accidents, et que l'histoire de sa pleurésie, métapneumonique interlobaire peut être transcrite avec la plus parfaite exactitude. Cette malade est, en effet, entrée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de mon maître, M. Gaucher, que je remplaçais, pendant les vacances de l'année 1898; je l'ai suivie ensuite pendant toute l'année 1899 à la consultation de médecine de Saint-Antoine, dont j'avais la bonne fortune d'être chargé).

Voici cette observation ;

Julie R..., 20 ans, vendeuse au panier, entre le 23 juillet 1898, salle Griseh, lit n° 20, dans le service de M. Gaucher.

Il y a deux jours, elle a été prise brusquement d'un grand frisson avec point de côté violent à gauche ; dyspnée et vomissements.

Le 23 juillet, jour de l'entrée, elle souffre moins ; la dyspnée est légère, la toux un peu quinteuse, l'expectoration peu abondante, sous forme de quelques rares crachats rouillés, typiques. Température, 40°.

A l'examen de la poitrine, submatité dans toute la moitié inférieure du poumon gauche en arrière et sous l'aisselle, sonorité de l'espace de Traube, exagération des vibrations

thoraciques, souffle tubaire, râles crépitants, surtout sur la ligne axillaire.

Le 24, même état ; la température baisse.

Le 25, la température continue sa descente ; le malaise a complètement disparu ; les lèvres présentent une éruption confluente de vésicules d'herpès ; les urines sont abondantes ; en un mot, la crise est complète.

Les crachats sont un peu verdâtres ; à l'auscultation, on ne trouve pas de modifications appréciables, si ce n'est que les râles crépitants sont plus gros et plus nombreux en arrière vers la base, où ils simulent des frottements pleuraux.

Le 26 au matin, la guérison paraît s'accroître, bien que l'état local ne soit guère modifié. Le soir le thermomètre marque 39°, et la malade fatiguée et souffrante, se plaint à nouveau d'un point de côté et d'oppression.

Le 27 au matin, la température est plus élevée encore : 39°4, le malaise plus marqué, la dyspnée assez élevée ; on constate de la matité et de la diminution des vibrations thoraciques dans la moitié inférieure du poumon gauche, et des frottements pleuraux dans toute la hauteur, en arrière et dans l'aisselle ; on n'entend plus ni souffle ni râles.

On pense, en conséquence, au début d'une pleurésie de la grande cavité.

Le 28 au matin, la malade se sent mieux ; la température est moins élevée, 38°4, la dyspnée beaucoup moins vive ainsi que le point de côté ; la malade nous dit qu'elle a « vomé » pendant la nuit, en toussant, une grande quantité de pus et qu'immédiatement elle s'est sentie beaucoup mieux. Le crachoir est, en effet, presque complètement rempli de

pus verdâtre et épais, mélangé de sang. Aucun doute n'est possible ; une vomique vient de se produire, apportant avec elle le diagnostic de la complication méta-pneumonique. Et, en effet, en auscultant la malade, on trouve dans la partie moyenne et postérieure de la région axillaire un bruit de souffle amphorique ; et chaque fois que la malade tousse, ce qui arrive dès qu'elle change de position, on perçoit dans la même région, du tintement métallique et des râles sonores à grosses bulles, comparables au bruit de gargouillement cavitaires.

Ces différents signes pseudo-cavitaires ne s'entendent que sur une étendue assez limitée, qui correspond au siège de la scissure interlobaire.

Tout autour, dans toute la hauteur du poulmon, on constate, en arrière surtout, des frottements pleuraux disséminés.

L'examen bactériologique du pus de la vomique, pratiqué par M. Léon Bernard, interne du service, a montré l'existence du pneumocoque à l'état de pureté.

Les 29, 30 et 31, l'état reste stationnaire, tant au point de vue des signes locaux que des signes généraux.

Cependant les frottements pleuraux disséminés sont plus rares ; ils disparaissent progressivement, et les signes pseudo-cavitaires s'entendent seuls dans l'aisselle.

L'expectoration purulente reste abondante, mais il n'y a plus, à proprement parler, de vomique ; la malade crache chaque fois qu'elle tousse, en petite quantité.

En présence de cet état, la question d'une intervention chirurgicale devait nécessairement se poser à l'esprit. En effet, il existait, selon toute probabilité, une collection purulente dans la plèvre interlobaire ; je dis « selon toute proba-

bilité » parce qu'on pourrait à la rigueur admettre, non pas une collection pleurale interlobaire, mais un abcès du poumon ; en réalité le diagnostic est presque impossible ; et d'ailleurs le fait est de peu d'importance, car l'indication opératoire ne varie pas. Quoiqu'il en soit, l'existence de cette collection purulente, pouvait motiver une intervention chirurgicale.

Mais en tenant compte de l'amélioration considérable survenue à la suite de la vomique et s'accroissant chaque jour davantage, en se basant sur les caractères bactériologiques, en considérant que la pleurésie métapneumonique à pneumocoques, lorsqu'elle est interlobaire, guérit souvent par vomique, il paraissait logique d'escompter une terminaison favorable et inutile de recourir à une intervention peut-être délicate, étant donné le siège éloigné et les dimensions vraisemblablement très faibles de la collection purulente. Pour ces diverses raisons, nous avons rejeté l'idée d'une intervention immédiate, nous réservant d'y recourir au moindre signe d'aggravation, et nous avons continué le traitement prescrit dès le début de la vomique (Todd, quinine, ventouses sèches et scarifiées, terpine et teinture d'eucalyptus).

Le 1^{er} août la température est beaucoup moins élevée, la toux moins pénible et moins fréquente, l'expectoration beaucoup moins abondante et plus claire.

À l'auscultation, les signes pseudo-cavitaires sont moins nets ; on n'entend plus qu'un souffle légèrement amphorique, sans tintement métallique ni gargouillement ; il n'y a aucune zone de matité en aucun point.

Le 2 août la température est normale, l'état général très bon ; les signes physiques sont de plus en plus lointains et

fugaces ; l'expectoration est peu abondante, mais encore muco-purulente, avec de petits filets de sang.

Les jours suivants la température reste définitivement normale : l'appétit devient excellent ; la malade n'éprouve plus aucun malaise ; peu à peu la toux et l'expectoration qui n'existaient plus que le matin au réveil, disparaissent complètement, et bientôt l'auscultation la plus attentive ne révèle plus aucun bruit anormal, mais simplement une légère diminution du murmure vésiculaire.

Le 25 août, sur ses instances réitérées, nous laissons partir la malade, *que nous considérons comme absolument guérie*. C'est une belle grosse fille, rougeaude et joufflue, qui ne garde plus le moindre souvenir de sa maladie.

Quinze jours après, elle revient nous voir un matin, très inquiète, très tourmentée, parce que depuis la veille elle a le bras droit absolument paralysé. Tout le membre est flasque et inerte, et retombe le long du corps comme le bras d'une hémiplegique ; la jambe est absolument intacte, ainsi que la face ; il n'y a aucun trouble de sensibilité, aucun stigmate d'hystérie. Nous pensons que cette monoplégie brachiale rentre dans la catégorie des paralysies post-pneumoniques et doit être comparée au point de vue pathogénique aux paralysies diphtériques.

La malade refuse de rester à l'hôpital et revient nous voir huit jours après, ne présentant plus qu'un léger engourdissement du bras, dont elle peut maintenant se servir. Elle ne tousse plus, ne crache plus, ne souffre plus de la poitrine. Nous l'auscultons et n'entendons plus rien, si ce n'est la persistance de la diminution du murmure vésiculaire au niveau de son ancienne pleurésie interlobaire.

Deux mois après (fin novembre 1898), c'est-à-dire quatre mois après la vomique, elle revient un matin dans le service, se plaignant d'être enrouée depuis quelques jours, de tousser, d'avoir « un point dans le dos » et de se sentir très fatiguée. Elle consent à rester quelques jours à l'hôpital ; un matin elle a une hémoptysie légère, mêlée de quelques crachats purulents ressemblant à des crachats mummulaires.

Tous les soirs le thermomètre dépasse 38°.

Elle a maigri, transpire la nuit et se croit « poitrinaire ». Pourtant, on ne trouve absolument rien aux sommets, et pas le moindre bacille de Koch dans les crachats. Mais, toujours dans la même région sous-axillaire gauche, je trouve une diminution manifeste du murmure vésiculaire et, de temps en temps, après la toux, un souffle très léger, lointain, et un éclatement brusque, sous l'oreille, de râles bulleux à peine perceptibles. Dès ce moment, j'eus la conviction que la suppuration interlobaire n'était pas tarie et que le foyer « couvait ».

Après un séjour d'une quinzaine à l'hôpital, elle veut rentrer chez elle, bien qu'aucune amélioration ne soit survenue dans son état. Elle revient tous les 8 jours pour subir une application de pointes de feu dans le région suspecte.

- Elle prend de l'huile de foie de morue et de la terpine.

Du 1^{er} janvier jusqu'au mois de mai 1899, elle vient me voir tous les 15 jours environ à la consultation de médecine de Saint-Antoine. Son état général reste bon ; elle maigrit à peine et garde ses belles couleurs ; mais elle a de la fièvre presque tous les soirs et « tousse sans arrêter » ; souvent elle crache du sang, et presque tous les matins de gros crachats purulents. Comme les sommets sont toujours intacts,

que les crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch, qu'il subsiste une zone d'obscurité respiratoire dans la région de la scissure, et qu'elle ne veut « pas entendre parler d'opération », je veux au moins la soumettre à un examen radioscopique. Sur son refus formel, je l'envoie à la campagne où elle reste chez des parents pendant deux mois.

A son retour, elle se trouve un peu mieux, n'a plus que très rarement de la fièvre, mais tousse toujours et crache du sang presque tous les matins.

Les sommets sont toujours aussi vierges, mais toujours j'entends ces mêmes signes, lointains et vagues sous l'aisselle gauche. Assurément, ils sont insuffisants pour permettre d'affirmer le diagnostic que je soupçonne, et, seul, je leur accorde une valeur parce que je suis averti, prévenu en quelque sorte, suggestionné peut-être par mes souvenirs. Quoi qu'il en soit, je persiste à croire que la fistule bronchique qui a donné passage au pus de la vomique métapneumonique n'est pas oblitérée, et que le foyer de suppuration est encore en activité.

Dans l'espoir de contrôler cette opinion, et d'affermir ma conviction, je décide la malade à se soumettre à un examen radioscopique; cet examen pratiqué par M. Bécère, reste négatif.

Cependant, je ne puis me résoudre à abandonner mon diagnostic qui seul me paraît susceptible d'expliquer cette toux opiniâtre avec hémoptysies fréquentes mêlées de crachats mummulaires, alors qu'il n'y a pas de bacilles de Koch dans l'expectoration, que les sommets ne présentent aucun signe de lésions bacillaires, que l'état général reste relativement très bon.

Enfin, le 24 décembre 1899, c'est-à-dire dix-sept mois après la vomique initiale, lasse de tousser, de cracher le sang, d'être constamment enrouée et de ne pouvoir plus exercer son métier, la malade se décide à entrer à l'hôpital pour se soumettre à l'examen d'un chirurgien.

Mais dans la nuit même qui suivit son entrée, elle fut prise tout à coup d'une quinte de toux épouvantable, au milieu de laquelle elle rendit dans un flot de sang un « énorme paquet de glaires » et faillit étouffer. Epouvantée et ne « voulant pas mourir à l'hôpital », elle partit dès le matin, sans attendre la visite.

L'infirmière de nuit avait malheureusement jeté cet « énorme paquet de glaires », qu'il eût été bien instructif de pouvoir examiner.

Pendant trois mois, je n'eus plus de nouvelles de cette malade... et je crus qu'elle était morte.

Or, le 15 mars dernier (1900) elle revient me voir pour m'annoncer « sa complète guérison ». Voici ce fait qui s'était passé : en rentrant chez elle, elle fut reprise d'une quinte de toux, aussi violente que celle de la nuit, avec rejet de sang et « de membranes et de peaux et de lanières ressemblant à du gras-double », suivant l'expression de sa mère. Pendant deux ou trois jours elle fut très mal, très oppressée, crachant encore un peu de sang et « de glaires » ; puis, en quelques jours, elle se remit complètement et put reprendre son ancienne vie, n'ayant plus ni enrouement, ni toux, ni crachements de sang.

Elle a engraisé à nouveau considérablement, elle a retrouvé toute sa vigueur ; l'auscultation la plus minutieuse ne révèle plus le moindre bruit anormal, et je crois qu'on

peut la considérer comme définitivement guérie par une nouvelle vomique qui, cette fois, aura rempli l'office de cure radicale.

Mais à quels dangers cette malade n'est-elle pas restée exposée pendant dix-huit mois, après avoir paru, une première fois déjà, guérie radicalement par une vomique des plus franches en apparence.

Nous ne saurions mieux faire que de transcrire textuellement quelques-unes des réflexions judicieuses dont M. Sergent fait suivre son observation : « Voilà donc un cas, dit-il, dans lequel une vomique initiale, en même temps qu'elle apporte la confirmation du diagnostic, est suivie d'une amélioration tellement rapide et complète, qu'elle *semble* jouer le rôle providentiel qu'on s'accorde à lui confier dans la pleurésie interlobaire métapneumonique. A tel point, que cette observation, si la malade n'avait pas été suivie, aurait pu être enregistrée comme une preuve nouvelle de l'efficacité radicale de la vomique et de l'inutilité de l'intervention chirurgicale en pareil cas.

« Or, précisément cette observation s'inscrit en faux contre cette opinion, ainsi que le prouve clairement l'histoire de ses phases ultérieures. En effet, la guérison si radicale, si complète qu'elle parût tout d'abord, *n'était qu'apparente*. Une fistule persistait, et la cavité enkystée continuait de suppurer, ouverte aux infections secondaires, et exposant la malade aux

pires accidents, jusqu'au jour lointain et véritablement critique où, sous l'effort d'une quinte de toux plus violente, la membrane pyogénique de l'abcès se détachait et était expulsée avec un flot de sang. Ce jour-là seulement, la poche était *détefgée* ; la fistule put s'oblitérer et tous les phénomènes morbides disparaître. »

A côté de cette observation si nette, si concluante, nous pouvons en placer une autre également très instructive et qui s'en rapproche par beaucoup de points. Elle est prise dans la thèse de M. de Jæggher (Paris 1898), qui s'en est servi pour montrer le précieux concours que peuvent apporter les rayons de Röntgen dans le diagnostic des pleurésies interlobaires. Il s'agit d'une petite fille, qui eut, à la suite d'une pleurésie purulente, plusieurs vomiques répétées à plusieurs années d'intervalle. Après chacune de ces vomiques, la guérison avait paru s'établir franchement et radicalement. D'ailleurs, voici cette observation reproduite tout au long.

OBSERVATION VI. — In these de M. de Jæggher, Paris, 1899

Pleurésie interlobaire. — Vomiques répétées suivies de guérison apparente. — Guérison définitive.

J..., âgée de 13 ans actuellement ne présente rien d'anormal dans ses antécédents héréditaires. Elle s'est toujours

bien portée jusqu'à l'âge de cinq ans. A cette époque, elle a eu une fièvre typhoïde légère qui a évolué sans aucun accident. L'auscultation n'a permis de révéler aucun symptôme d'affection pulmonaire, et la guérison a été rapide et complète.

L'année suivante, en décembre 1892, elle dut s'aliter à la suite d'un refroidissement. Le diagnostic de grippe fut d'abord porté. Au bout d'une semaine, le médecin trouvant des symptômes d'inflammation de la plèvre, on lui mit un vésicatoire qui n'amena aucune amélioration. L'enfant tousse et présentait des températures élevées : cinq jours après, à la suite de quintes de toux fréquentes, elle rendit en vomique un flot de pus, et pendant douze heures, elle continua à expectorer des crachats purulents ne présentant aucune odeur particulière.

La fièvre tomba aussitôt et la toux disparut peu à peu : pendant une quinzaine de jours, elle rendit encore quelques crachats purulents, toujours sans odeur. Ces symptômes s'amendèrent complètement, l'état général s'améliora très rapidement.

Au printemps de 1894, et aussi vers la même époque en 1895, elle dépérit, et toussa un peu pendant quelques semaines avec une légère élévation de température. Cet état fut attribué à une grippe légère, et l'enfant se remit rapidement sans avoir été observée bien attentivement.

Au mois de mars 1896, elle eut une rougeole bénigne dont elle se remit en peu de temps ; mais à partir de ce moment, elle commença à tousser un peu, surtout le matin, et il lui arriva fréquemment d'expectorer à ce moment des crachats blanchâtres et sans odeur. Elle restait parfois trois semai-

nes ou un mois sans rien cracher et au bout de ce temps, elle expulsait alors en une ou deux fois une assez grande quantité de matières.

L'état général était toujours satisfaisant pendant l'été qu'elle passait en partie au bord de la mer, et pendant l'hiver, mais chaque année au printemps elle perdait des forces et s'amaigrissait sensiblement.

En avril 1898 (elle avait alors 12 ans), l'appétit disparut complètement, l'enfant devint triste, et se plaignit souvent de céphalalgie, surtout l'après-midi et le soir. Elle toussait fréquemment le matin, en se levant, et présenta bientôt un amaigrissement considérable.

L'auscultation à cette époque ne nous permit d'entendre aucun bruit anormal dans toute la poitrine. La sonorité à la percussion semblait également normale, et, le Dr Prouff l'ayant auscultée avec nous, nous ne pûmes trouver dans les poumons aucun symptôme pouvant expliquer cet état général qui commençait à devenir inquiétant.

Cependant un soir, pendant le repas, l'enfant se plaignit tout à coup d'une vive douleur survenue subitement dans la poitrine et à gauche. Après quelques minutes d'angoisse, la face rouge, et les yeux injectés, et à la suite de violents efforts de régurgitation, elle rendit sous nos yeux dans une vomique 150 à 200 grammes de pus jaunâtre, mélangé à quelques aliments sans odeur particulière.

L'auscultation pratiquée presque aussitôt après cet accès nous permit de constater en un point très limité, sous l'angle de l'omoplate gauche, l'apparition d'un souffle amphorique très net, dénotant la présence certaine de la cavité qui venait de se vider par vomique.

Il y avait en ce point une légère submatité, mais pas de sensibilité spéciale à la pression. Quelques gros râles étaient apparus dans le voisinage de la lésion et dénotaient la présence dans les bronches d'un peu de pus. Le sommet et la base du poumon gauche respiration normale, et étaient sonores à la percussion ; la paroi thoracique était notablement affaissée.

Rien de particulier dans le poumon droit. L'enfant se rendit au bord de la mer et dans les jours qui suivirent elle eut encore quelques vomiques moins abondantes que la première.

Le pus ne présentait pas d'odeur particulière, mais on constata plusieurs fois que l'haleine était généralement mauvaise quelques heures avant le moment où devait se produire une nouvelle vomique. L'enfant présentait en même temps des signes d'abattement et de douleurs de tête. Cet état dura environ cinq semaines avec de fortes températures et un amaigrissement très prononcé.

M. F. Gueguen, interne des Hôpitaux et préparateur de micrographie à l'Ecole de Pharmacie, fit l'analyse des cracha's et trouva du pneumocoque et du bacille de la grippe de Pfeiffer. Il n'y avait pas de traces de bacilles de Koch.

Six semaines plus tard, la poche semblait s'être vidée, et brusquement l'aspect de la malade changea. L'appétit revint, elle engraisa et reprit rapidement des forces. A part une légère expectoration toutes les deux ou trois semaines, le matin au réveil, et sans aucun autre symptôme, elle semblait tout à fait remise.

Après trois mois, la santé semblait s'être améliorée, définitivement, lorsqu'au commencement de septembre, les maux de tête reparurent ; elle eut de nouveaux accès de fièvre le

soir, et le matin une toux sèche. L'appétit disparut à nouveau sans que l'examen minutieux permit de trouver la cause de ces nouvelles modifications de l'état général.

L'auscultation ne révélait rien d'anormal et la percussion ne permettait même pas de retrouver la submatité que l'on avait pu constater sous l'angle de l'omoplate, quelques mois auparavant. Seulement, la paroi thoracique présentait toujours un léger affaissement du côté gauche.

Craignant l'invasion de la tuberculose, nous lui fîmes prendre de l'arséniate de soude, de la créosote et de l'huile de foie de morue, en recommandant le plus possible l'aération et la vie au dehors.

L'enfant s'était très bien habituée à dormir les fenêtres ouvertes.

L'état s'aggrava rapidement, et à la fin de septembre elle eut une autre vomique.

Le Docteur Quénu, qui ne connaissait pas la malade, fut appelé à l'examiner en notre absence et voici le résultat de son examen pratiqué le 5 octobre 1898.

« Immobilisation presque complète de la partie supérieure
« de la cage thoracique, à gauche. Matité presque absolue
« en avant et dans l'aisselle, mais s'étendant beaucoup plus
« bas en arrière.

« Vibrations thoraciques très diminuées.

« A l'auscultation, souffle au sommet, craquements humides dans toute la zone mate.

« A droite et à la base en un point limité, râles sous-crépitants. Rien ailleurs dans tout le poumon droit, sinon
« une respiration supplémentaire. »

Ces renseignements le portent à croire à une tuberculose du second degré, commencement du troisième :

« Tuberculose pleuro-pulmonaire du sommet gauche, avec adhérences pleurales nombreuses, ayant immobilisé et affaissé la paroi thoracique de ce côté. »

Toutefois, en raison de l'intermittence nette et absolue des symptômes, il fait des réserves au point de vue de l'existence d'une pleurésie purulente.

L'examen bactériologique fait une seconde fois nous décèle la présence de streptocoques et de bacilles de Pfeiffer. Les pneumocoques avaient presque complètement disparu. Toujours pas de bacilles de Koch.

Le Docteur Netter ayant répété l'expérience à son laboratoire de l'Ecole pratique obtint un résultat analogue.

Quelques jours plus tard, le 9 octobre 1898, le Docteur Prouff ayant examiné l'enfant à nouveau écrivait : « Pour tout médecin non prévenu, l'auscultation en ce moment conduit droit au diagnostic : tuberculose cavitaires. En réalité vous savez comme moi qu'il s'agit d'une cavité interlobaire tour à tour vide ou remplie de pus qui jusqu'alors n'a pas été trouvé tuberculeux. Quant aux variations de l'état général elles sont strictement parallèles à celles de l'excavation.

« Une première fois, il y a 5 ou 6 ans, la collection interlobaire s'était vidée par une vomique, et l'on avait pu croire que la guérison était définitive. Sans doute, il était resté quelque chose puisque les vomiques ont repris au mois d'avril dernier, et se répètent depuis lors. Pourquoi maintenant la cavité se vide-t-elle incomplètement chaque fois et se remplit à nouveau tous les 15 jours ou tous les mois ? Y a-t-il dans la loge quelque débris sphacélé qui ne trouve

pas issue, ou bien s'est-il fait de la sclérose pulmonaire qui a diminué l'élasticité alvéolaire au point que les deux lobes n'arrivent plus au contact ? En tout cas, il semble que la cirrhose pulmonaire ne peut que se développer au contact d'un pus fétide et dont la richesse microbienne ira toujours en augmentant. Il serait donc imprudent de trop compter désormais sur la bonne nature et sur les médicaments internes. »

Le Dr Netter et le Dr Quénu consultés à ce sujet nous engagèrent à faire venir l'enfant, si son état lui permettait le voyage de Bretagne à Paris.

Le 17 octobre, le Dr Prouff écrivait ce qui suit : « L'état général de J... s'est amélioré depuis ma dernière lettre. L'état local était exactement le même jeudi, quand je l'ai examiné avec les Drs L. et G. Ces messieurs ont trouvé aussi qu'à moins d'être prévenu, on ne pouvait que diagnostiquer : énormes cavernes tuberculeuses, mais que les renseignements, la fétidité des vomiques, les trois analyses négatives, imposaient le diagnostic de pleurésie interlobaire avec ou sans broncheectasies.

« Hier dimanche, tous les signes locaux étaient profondément modifiés. La matité est moindre ; la dépression sous-claviculaire existe encore, mais moins considérable, tandis que l'ampliation inspiratoire de cette région a augmenté. Quelques gros râles disséminés. Au lieu de souffle le murmure vésiculaire a reparu partout. A la fin de l'inspiration, un bruit bizarre, comme d'un clapet qui s'ouvrirait pour laisser entrer l'air.

« Les vibrations sont diminuées nettement en avant et en arrière.

« J. . est sortie tous ces derniers jours, elle est en état de faire le voyage de Paris, en deux étapes, si elle est trop fatiguée. »

Le 27 octobre. — La petite malade qui s'était remise avec une rapidité extraordinaire après l'expulsion du contenu de la poche purulente, pouvait faire d'une seule traite le voyage de Morlaix à Paris.

Le Dr Netter l'ayant examinée, accepta sans difficulté le diagnostic qui avait été porté mais sans pouvoir localiser exactement le siège de la lésion. Suivant ses conseils, nous conduisîmes l'enfant à l'hôpital Tenon, au service du Dr Bécclère qui voulut bien se charger de faire l'examen radioscopique. A l'inspection, l'amplication thoracique semblait redevenue normale ou à peu près ; la percussion permit de découvrir le long de la ligne axillaire au niveau à peu près de la quatrième et de la cinquième côte, une zone de légère submatité.

Au-dessus et au-dessous la sonorité était normale. A l'auscultation, on crut entendre un très léger souffle dans cette région. Les autres symptômes avaient complètement disparu.

L'examen radioscopique nous montra clairement dans cette région la présence d'une zone sombre et opaque contre la paroi, et précisément à l'endroit où la sonorité était diminuée.

Pour avoir un document moins impersonnel et plus durable, nous fîmes faire par M. Radiguët une première radiographie, qui, malheureusement, fut manquée, la plaque sensible ayant été brisée par un faux mouvement de l'enfant : une deuxième épreuve ne donna pas les résultats qu'on

pouvait espérer, l'appareil fut mal disposé, et la pose mal combinée avec l'intensité des rayons.

Sur ces entrefaites, l'enfant était repartie pour la Bretagne avec l'autorisation de MM. Bécclère et Netter, qui, après l'avoir soigneusement examinée, n'avaient pas cru devoir la faire opérer. Elle se remit du reste très rapidement, et engraisa de 2 kil. 500 gr. en six semaines. Depuis, sa santé est excellente.

A la fin du mois de Décembre, nous eûmes l'occasion d'ausculter l'enfant à nouveau, et ne pûmes trouver dans toute l'étendue de la poitrine aucun symptôme digne d'être noté.

La respiration est parfaitement normale, et le murmure vésiculaire s'entend dans toute l'étendue du poumon à gauche comme à droite. Le thorax a repris son amplitude normale et la sonorité à la percussion a reparu au même point où se trouvait l'épanchement purulent.

L'enfant a repris de l'embonpoint et sa santé est aussi bonne que possible. Elle prend de l'huile de foie de morue et par intervalles, une potion à l'arséniate de soude.

Ici encore, comme dans le cas précédent, la vomique a fini par avoir le dernier mot, mais aux prix de quelles souffrances et de quels risques ! Au pneumocoque, seul au début, à part quelques bacilles de Pfeiffer, est venu se joindre le redoutable streptocoque, et nous assistons au spectacle alarmant d'une petite malade qui entretient en elle pendant des

années un foyer infectieux couvant sous la cendre, manifestant de loin en loin sa vitalité par des flambées d'autant plus dangereuses qu'il donnait l'illusion d'être depuis longtemps éteint.

Dans l'observation II, empruntée à la thèse de M. Martinez Mesa, nous avons vu également se produire une fausse guérison de ce genre, quoique un peu moins nette. Après avoir rendu sa vomique, le malade avait éprouvé un soulagement considérable. Il avait quitté l'hôpital quelque temps après, et du mois de février jusqu'au mois d'août, cet homme, qui était boutonnier, avait eu la force de gagner sa vie. Mais l'infection n'en continuait pas moins son œuvre, et quand la rechute se produisit, la terminaison fatale fut rapide : deux mois après, à l'autopsie, on trouvait des lésions très avancées de sclérose pulmonaire avec dilatations bronchiques.

De même pour le malade qui fait l'objet de l'observation I. Celui-ci, après être arrivé à un degré d'amélioration très avancé, puisqu'on le désigne pour être envoyé en convalescence à l'asile de Vincennes, voit son état s'aggraver de nouveau, et succombe au bout de quelques mois. A l'autopsie on trouve le poumon en voie de dégénérescence scléreuse, et le péritoine criblé de granulations tuberculeuses.

Dans tous ces cas, même dans ceux qui ont abouti en fin de compte à la guérison, il n'est pas exagéré de dire que la vomique initiale a été funeste. Si elle s'était

seulement contentée de laisser les choses en état, sans les aggraver ni les rendre meilleures, son intervention lui aurait été facilement pardonnée ; on aurait même pu lui savoir gré de l'appoint précieux qu'elle apportait au diagnostic. Mais la vomique s'est bien autrement compromise ; en provoquant une amélioration rapide et une guérison franche en apparence, elle n'a fait des promesses que pour mieux tromper. Ses *accalmies traîtresses* n'ont eu d'autre résultat que d'entraîner à leur suite un optimisme dangereux : elles ont désarmé le chirurgien, et ouvert insidieusement la porte à toutes les graves complications des suppurations prolongées.

Il nous semble, étant donné les exemples que nous venons de citer, qu'on s'est souvent hâté de proclamer la guérison radicale des pleurésies purulentes à pneumocoques provoquée par la vomique. Ses trêves momentanées, les accidents à longue portée auxquels elle donne naissance, sont bien de nature à justifier la plus grande méfiance vis-à-vis d'elle, et d'autre part, ils nous permettent de regarder comme suspects un grand nombre de cas publiés par les auteurs, et qui sont un témoignage rendu à sa valeur curative. Ces cas pullulent dans la littérature médicale ; nous en avons pris quelques-uns, presque au hasard, et nous les résumons ci-dessous :

OBSERVATION VII. — (In these de Robert, Paris 1881)

Résumé. — Pierre H..., 45 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 8 mars 1880. Pneumonie gauche au commencement de janvier. Au mois de février, dans le cours de sa convalescence, apparition d'une pleurésie gauche et d'une endopéricardite.

Le 10 mars, première vomique : deux crachoirs de pus.

Le 13, deuxième vomique. 500 grammes de pus environ.

Le 15, troisième vomique.

Le 18, quatrième vomique.

A partir de ce jour, l'état général s'améliore, l'expectoration devient moins abondante, la matité moins considérable.

7 avril, l'amélioration continue.

20 avril, le malade demande à sortir. La toux et l'expectoration sont insignifiantes ; l'état général est excellent.

La matité persiste, mais diminue ; frottements légers et faiblesse respiratoire.

OBSERVATION VIII (In These de Guillon, Paris, 1883)

Résumé. — F..., journalier, 28 ans, entre le 11 avril 1883, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le Professeur Brouardel.

Le 23 mars dernier, il contracte une pneumonie gauche.

Roquetanière

La défervescence se fait normalement, lorsque le 6 ou le 8 avril, la fièvre réapparaît et le malade entre à l'hôpital.

A son entrée, on constate une pleurésie gauche ; la température atteint le soir 38°8.

Le lendemain, 12 avril, M. Netter, interne du service, pratique une ponction qui ne donne rien ; une nouvelle ponction faite à quelques centimètres de la première, donne 350 grammes de pus bien lié et sans odeur.

Le 13, le malade va mieux. T. 37°.

Pendant les jours qui suivent, le malade commence à tousser, et rejette des crachats muco-purulents, aérés.

Le 20. Dans la nuit, tout à coup, sans effort de toux, le malade vomit deux crachoirs de pus. Matité en arrière dans toute la hauteur du poulmon.

Le 22. En arrière, matité au niveau du 1/3 inférieur du poulmon gauche, submatité dans le 1/3 moyen. Toux fréquente et expectoration purulente, la température est à peu près normale.

Le 25, le malade commence à se lever. Potion de Todd ; teintures de racines d'aconit, XV gouttes.

Le 28, le malade crache moins abondamment ; la matité diminue en arrière ; la respiration s'entend partout en avant. Pas de signes de pneumothorax.

L'état général s'améliore beaucoup ; le malade est mis aux quatre portions.

Le 1^{er} mai, le malade demande la permission de sortir.

Le 2 mai, le malade sorti hier n'est pas rentré.

Il pouvait être considéré comme étant à ce moment-là en bonne voie de guérison.

Le 11 mai. — Revu F... aujourd'hui. Après sa sortie, il

a continué à tousser et à cracher du pus. Ayant bon appétit, il a vite repris ses forces ; depuis deux jours, ne toussant plus, il est rentré à son atelier, mais il ne peut encore faire le travail qu'il faisait avant sa sortie.

A la percussion, on constate de la submatité en arrière dans le tiers inférieur du poumon gauche.

La respiration s'entend lointaine, affaiblie. Les vibrations thoraciques n'y sont point perçues.

OBSERVATION IX (In these de Robert. Paris, 1881)

Résumé.— Marie H..., âgée de 27 ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 4 mars 1880, dans le service de M. le Docteur Millard.

Cette malade a été prise dans la dernière semaine de janvier d'une pleuro-pneumonie gauche.

Comme la résolution se fait mal, comme la fièvre persiste, le médecin qui la soigne, soupçonnant la tuberculose l'envoie à l'hôpital.

La malade présente en effet un facies de phthisique. Elle se plaint d'accès de fièvre suivis de sueurs qui la prennent tous les soirs. Ses crachats jusqu'alors muqueux deviennent subitement purulents.

Pas d'œdème thoracique ; pas de déformation.

La percussion permet de constater une zone de matité occupant la moitié inférieure en arrière, se retrouvant dans l'aisselle et jusque vers le mamelon. A ce niveau, abolition des vibrations thoraciques ; souffle pleurétique léger.

8 mars. — Etat général stationnaire. On entend en un point très limité, vers l'union du 1/3 inférieur avec le 1/3 moyen un souffle amphorique mêlé de râles, véritable gargouillement qui ferait songer à une caverne s'il siégeait au sommet.

Diagnostic. — Pleurésie purulente enkystée avec fistule pleuro-bronchique.

Traitement. — Sulfate de quinine, toniques.

Le 10. — Matité plus circonscrite. La lésion se localise de plus en plus. L'expectoration diminue.

Le 20. — Expectoration presque insignifiante. Souffle amphorique entendu seulement dans les quintes de toux au siège déjà indiqué.

Diarrhée assez abondante.

Le 2 avril. — Etat satisfaisant. Plus de diarrhée. A l'auscultation, léger souffle pendant les quintes de toux.

Le 29, la malade sort guérie.

On constate la persistance de la submatité et de la faiblesse respiratoire dans la moitié inférieure.

Quelle valeur pouvons-nous accorder à des relations de ce genre ? Il est certain que tous ces malades paraissent être guéris, ou du moins en excellente voie de guérison. La vomique une fois produite, la défervescence se fait normalement, l'expectoration se tarit de jour en jour, les signes stéthoscopiques deviennent de moins en moins perceptibles. Au bout d'un mois environ, les malades demandent leur exeat..., et tout

va pour le mieux dans la meilleure des statistiques. Il est probable pourtant, que ces dernières gagneraient en exactitude, si on avait la précaution, ou plutôt les moyens de suivre ces malades après leur sortie de l'hôpital. Nous avons appris, en effet, à connaître les procédés de la vomique ; nous savons ce que valent souvent les garanties de guérison qu'elle semble donner. La malade de M. Sergent fit une rechute quatre mois après sa vomique initiale, deux mois après sa sortie de l'hôpital, alors que depuis longtemps elle ne présentait aucun signe sthétoscopique.

Il serait donc téméraire d'affirmer en toute sécurité la guérison d'un malade atteint de pleurésie purulente, parce que ce malade, à la suite d'une vomique, a vu s'amender rapidement tous les signes de sa maladie. Ce n'est pas au bout de quelques semaines, ce n'est pas surtout lorsqu'il présentera encore de la submatité, de la faiblesse respiratoire, de l'abolition des vibrations thoraciques, qu'on pourra le considérer comme à l'abri de tout danger, et cataloguer son cas comme un nouveau triomphe de la vomique.

Il faudra se méfier des fausses guérisons, et ne pas oublier que « *la vomique doit faire la preuve de son efficacité radicale par la persistance du silence pleural après plusieurs mois* » (Sergent).

Traitement

Ce chapitre sera bref : nous nous bornerons à donner les indications générales du traitement, telles qu'elles sont formulées aujourd'hui par le plus grand nombre des auteurs.

Devant les résultats toujours problématiques, souvent incertains de la vomique, il serait dangereux, comme était tenté de le faire Gerhardt, comme le conseillait nettement Steiger, de se croiser les bras en présence des malades atteints de pleurésie purulente à pneumocoques, cette pleurésie fût-elle interlobaire. *Ulbi pus, ibi evacua*, disaient les anciens ; la valeur du précepte n'a fait que s'affirmer depuis, et il est toujours indiqué d'aller à la recherche d'une collection purulente, aussitôt cette collection diagnostiquée.

Netter qui insiste tant sur la bénignité des pleurésies à pneumocoques, n'est pas d'avis de laisser agir la nature. Il recommande de pratiquer d'abord la thoracentèse, et prétend que cette intervention suffit

maintes fois à guérir le malade. Si l'épanchement se reproduit, s'il ne cède pas à deux, trois et même quatre ponctions, il faudra recourir à la thoracotomie antiseptique. Et les conclusions de M. Netter sont devenues classiques. Mais il arrive souvent, et pour cause, que le chirurgien n'intervient pas avant l'apparition de la vomique. Celle-ci a été bien souvent le premier symptôme qui ait permis de diagnostiquer fermement une pleurésie purulente, à peine soupçonnée ou même complètement ignorée jusqu'alors. Une fois que s'est produite l'évacuation du pus par les bronches, deux traitements peuvent, suivant les cas, être appliqués : le traitement médical ou le traitement chirurgical.

Si, comme nous l'avons déjà dit, l'apparition de la vomique coïncide avec la disparition des différents symptômes présentés par le malade, si l'état général s'améliore rapidement, on sera en droit de temporiser et d'instituer un traitement médical, dont il ne faudrait pas, d'ailleurs, s'exagérer l'importance. On soutiendra les forces du malade par une alimentation appropriée, par des potions de Todd; on donnera de la quinine tant que la fièvre n'aura pas complètement disparu; on appliquera des ventouses sèches ou scarifiées. Contre la lésion locale elle-même, bien des médications ont été expérimentées, sans beaucoup de résultat, il faut bien le dire. Le tannin, employé par Moutard-Martin, n'avait pas donné à celui-ci tous les

résultats qu'il en attendait. Trousséau préconisa la térébenthine à la dose de 20 à 30 capsules par jour, et depuis, on a obtenu quelques succès de l'administration de la terpine et de la teinture d'encalyptus.

M. Sergent rapporte qu'au cours de deux empyèmes pratiqués sur deux malades atteints depuis plusieurs jours de pleurésie purulente, et à qui ces deux substances avaient été administrées, il fut frappé, ainsi que l'opérateur, de l'odeur de térébenthine qui se dégageait du pus et de la cavité. Aussi ne manque-t-il jamais, depuis cette constatation, de donner ces médicaments en pareil cas, dans la pensée de combattre dans une certaine mesure la virulence des germes, et surtout d'éviter la transformation putride de l'épanchement (Sergent, *loc. cit.*)

Ce traitement temporisateur pourra être appliqué d'une façon exclusive, si la guérison du malade suit une marche normale et régulière, et il devra dans ce cas être longtemps continué. Après ce que nous avons dit des fausses guérisons par vomique, il ne faudra pas se hâter d'abandonner son malade en toute confiance, parce qu'au bout de quelques semaines tous les signes de la maladie auront disparu.

Il faudra le suivre longtemps, et si la moindre alerte se produit, si une nouvelle vomique survient, si une hémoptysie apparaît, il ne faudra pas hésiter à imposer de toute son autorité l'intervention chirurgicale.

Cette intervention s'impose d'emblée, dans les cas

où la vomique n'est pas suivie d'amélioration, ou quand cette amélioration se fait attendre ou traîne en longueur.

Nous ne décrivons pas ici les procédés opératoires de la pleurotomie. Nous nous contenterons de faire remarquer que c'est une opération devenue courante, que tout praticien doit pratiquer, et qu'il a toutes les chances de voir réussir, s'il s'entoure de toutes les précautions antiseptiques suffisantes. D'après la statistique de Netter en 1889, elle fournit seulement une mortalité de 2,3 pour cent dans les pleurésies purulentes à pneumocoques, alors que les autres empyèmes donnent 15 décès pour 100 entre les mains des mêmes chirurgiens. Aussi, si on a pu dire que la pleurésie purulente à pneumocoques était le triomphe de la vomique, pouvons-nous répéter qu'elle est surtout le triomphe de l'empyème.



Conclusions

1°) La vomique, terminaison fréquente de la pleurésie purulente à pneumocoques, particulièrement de la pleurésie interlobaire, est un mode de guérison spontanée de cette affection.

2°) Dans certains cas, la vomique ne produit aucune amélioration, ou du moins cette amélioration ne se maintient pas, et le malade succombe si le chirurgien n'intervient pas rapidement.

3°) Enfin, il arrive que la vomique, après avoir procuré au malade un soulagement immédiat et amené une guérison franche en apparence, n'a pas été radicalement curative, les accidents se reproduisant au bout d'un temps plus ou moins long, après que la guérison avait été considérée comme certaine.

4°) Dans ces derniers cas, la vomique a été plutôt néfaste, parce qu'elle a donné au médecin une sécurité trompeuse et qu'elle a laissé le malade dans toutes les conditions désastreuses d'une suppuration insidieuse et prolongée.

5°) Il ne faut accorder à la vomique qu'une confiance relative, et ne proclamer ses effets curatifs qu'après un silence pleural d'au moins plusieurs mois.

6°) Que si, à la suite de la vomique, l'amélioration ne se fait pas d'une manière rapide et régulière, ou qu'une rechute vienne à se produire après une guérison franche en apparence, il faut intervenir chirurgicalement, et pratiquer d'emblée la pleurotomie.

Vu: Le Président de la Thèse,
M. DEBOVE.

Vu : Le doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

- BAUMEVIEILLE. — Du traitement des pleurésies purulentes métapneumoniques (thèse de Lyon, 1890).
- BARTH. — Art. Pneumonie du Dict. encycl. des Sciences médicales.
- CAYOL. — Anc. Bibliot. méd. tome XL.
- CHOMEL. — Art. Pleurésie du Dict. en 30 vol.
- DAMASCHINO. — Thèse d'Agrégat., Paris, 1869.
- DE JÆGHER. — Les rayons de Röntgen et la pleurésie purulente (thèse de Paris, 1898).
- DIEULAFOY. — La pleurésie interlobaire (étude médico-chirurgicale (Semaine Médicale, 8 novembre 1899).
- GUILLON. — De la pleurésie purulente dans la pneumonie (thèse de Paris, 1883).
- HIPPOCRATE. — Aphorismes, sect. V, n° 15.
- LAURENT. — De la vomique dans la pleurésie purulente (thèse de Paris, 1877).
- MARTINELLI. — De la pleurésie interlobaire aiguë ; sa terminaison par vomique (thèse Paris, 1884).
- MARTINEZ MEZA. — De la pleurésie interlobaire suppurée (thèse de Paris, 1879).
- NETTER. — Art. Pleurésie du traité de Médecine.

- NETTER. — Société Médicale des Hôpitaux, 11 janvier 1889, 9 mai 1890, 6 mai 1892.
- PERRIER. — Etude sur la pleurésie interlobaire suppurée (thèse de Paris, 1878).
- PAILHAS. — Contribution à l'étude de la pleurésie interlobaire suppurée (thèse de Paris, 1889).
- ROBERT. — Contribution à l'étude du traitement de la pleurésie purulente (thèse de Paris, 1881).
- SERGENT. — Les fausses guérisons par vomique dans la pleurésie interlobaire métapneumonique (Presse médicale, 22 août 1900).
- WOILLEZ. — Traité des maladies aiguës des voies respiratoires.

